SAINT - LUC MEDICAL

SOMMAIRE

Le Médecin et l'Argent

Professeur Van Gehuchten

Les Jeunes Médecins

Homélie

Abbé Jean Massion

Le Congrès de Londres

Bibliographie

N° 4 - 1975

LE MEDECIN ET L'ARGENT

Aux heures difficiles que nous vivons sur le plan économique et social, l'argent pose aux médecins un grave et délicat problème. Les quelques considérations que je vais faire sont personnelles, elles ne convaincront certes pas tous mes confrères, mais notre revue a une tribune libre, le courrier des lecteurs, où chacun peut exprimer ses opinions, ou critiquer celles qu'il estime ne pouvoir approuver.

Le problème des honoraires médicaux se présente de nos jours d'une tout autre manière et il apparaît plus différent encore, si l'on remonte au début de ce siècle. A cette époque. il n'y avait ni mutuelles, ni assurances sociales. La plupart des médecins avaient dans leur clientèle de nombreux malades pauvres ou peu aisés auxquels ils accordaient leurs soins sans demander d'honoraires. Dans les hopitaux comme dans de nombreuses policliniques, les consultations étaient souvent gratuites ; mais il n'en restait pas moins vrai que pour des familles peu fortunées, la maladie constituait un redoutable fléau, par elle même d'abord, puis par le profond déséquilibre financier qui en était la conséquence.

Il était admis généralement que les honoraires devaient être proportionnels au service rendu, à la situation financière du malade et de sa famille, enfin à la notoriété du médecin. Et comme il y avait de nombreux malades soignés gratuitement, des honoraires plus élevés pouvaient être demandés aux malades fortunés, ce qui compensait en partie la gratuité accordée à d'autres ; et cela, d'autant plus que le service rendu paraissait, à tort, plus important.

On comprend aussi qu'à cette époque, la Médecine pouvait être considérée comme une véritable vocation, car on imagine avec peine à l'heure actuelle ce qu'était la vie d'un médecin de campagne ou d'un médecin d'un quartier populaire d'une ville. Il était sur la brèche presque jour et nuit, même les dimanches et faute de trouver un remplaçant, il ne prenait guère de vacances. Il gagnait sa vie certes, grâce à sa débordante activité, mais à de rares exceptions près, il ne s'enrichissait guère.

Beaucoup de choses ont changé depuis lors. Au fil des années et au fur et à mesure que la médecine a fait de surprenants progrès, de nombreuses spécialités ont vu le jour et dans bien des cas, les examens techniques ont pris le pas sur l'examen clinique. Le recours de plus en plus fréquent au spécialiste a non seulement contribué

à diminuer le rôle et le prestige du médecin traitant, mais il a augmenté d'une manière impressionnante le budget des soins de santé. Celui-ci est assumé dans une très large part par l'INAMI, avec le déficit que l'on sait, malgré l'importance des contributions des salariés et des employeurs. D'autre part, les malades eux-mêmes, surtout les indépendants, doivent encore intervenir, les uns en partie, les autres presqu'en totalité. Cette situation crée un incontestable malaise. D'un côté, devant l'augmentation incessante du coût de la vie, les médecins veulent voir adapter leurs honoraires ; d'un autre côté, les partisans d'une médecine gratuite souhaitent l'étatisation de la pratique médicale, à l'instar de ce qui existe dans des pays voisins.

Ceci montre bien toute l'actualité que pose, au médecin comme au malade, le problème de l'argent.

« A travers les siècles et les civilisations, écrit le professeur Jean Bernard dans son livre « Grandeurs et tentations de la Médecine », il est fréquent que les questions d'argent altèrent la haute image d'abnégation et de dévouement à la personne souffrante que le médecin donne souvent, qu'il devrait donner toujours... »

« Comme est sévère la description par Proust du professeur Dieulafoy, venu donner ses soins à la grand-mère du narrateur et faisant disparaitre les honoraires reçus avec une habilité instantanée, discrète, efficace... La découverte la plus ingénieuse, que ni Diafoirius, ni Knock n'avaient prévue, est celles des psychanalystes assurant que les consultations non payées ne sont pas utiles, qu'une thérapeutique non échangée contre argent est vaine et allant — logique irréprochable — jusqu'à contraindre les futurs psychanalystes eux-mêmes à subir, pour entrer dans le corps savant, une analyse rétribuée...

« La médecine du passé, écrit-il plus loin, était inefficace mais peu couteuse. Les honoraires des médecins, variables suivant les époques, tantôt modérés, tantôt élevés, ne comptaient guère dans le budget. Jusqu'à une période toute récente, le coût d'un traitement ne préoccupait pas le médecin. Les premiers succès de la médecine, le serum antidiphtérique, l'insuline, furent appliqués sans que l'on se souciât de leur prix de revient... Mais en peu d'années, la médecine, la bonne médecine, celle qui guérit, est devenue très couteuse. »

Le dilemme est de savoir quelle sera la médecine de l'avenir : Médecine libre ou Médecine d'Etat ? « La première, au dire de ses défenseurs, écrit encore le professeur Bernard, est seule capable d'aborder utilement, efficacement, humainement, le rude problème des relations de l'homme malade avec l'homme qui le soigne. Pour les partisans de la seconde, médecine et profit sont incompatibles. On ne doit pas s'enrichir en portant secours à son prochain... Dans leur très grande majorité, les médecins de la médecine dite libre

travaillent durement, honnêtement, assurant tout juste leur subsistance et celle des leurs. Mais l'argent pourrit souvent ce qu'il touche. D'où les abus. La dichotomie ou partage clandestin des honoraires entre le chirurgien qui les reçoit et le médecin qui lui a adressé un malade est certainement le plus grave de ces abus... »

Grâce à Dieu, la dichotomie, du moins sous sa forme clandestine, a presque disparu chez nous et l'on ne peut assez s'en féliciter, car elle était la honte de la profession médicale. Il n'en reste pas moins vrai qu'il y a une part de vérité dans ce que l'on pourrait appeler la conception socialiste de la médecine. Il est normal qu'un médecin gagne largement sa vie, de manière à assurer son avenir et celui des siens, mais dans l'exercice d'une profession qui est à base de dévouement et d'amour du prochain, il n'est pas normal qu'il amasse une fortune.

LE COLLOQUE INTERNATIONAL DE LIEGE

Ce problème de l'argent dans la relation « médecin-malade » a fait l'objet du XIII Colloque International de Psychologie Médicale qui s'est tenu à Liège les 25, 26 et 27 mars 1971, sous la présidence du professeur Dongier. (1) Réunissant surtout des psychiatres, des psychanalystes, des psychologues et des sociologues, ce problème a été envisagé sous un angle un peu particulier, celui de la psychanalyse.

En épigraphe, le rapport général de ce colloque rappelle l'avis d'Hippocrate qu'il me parait intéressant de citer. « Vos vues quant au salaire doivent se borner à celui qui est nécessaire pour se perfectionner dans l'art. Je recommande donc de ne pas donner dans le faste, de mépriser le superflu et la fortune, de voir les malades parfois gratuitement, préférant le plaisir de la reconnaissance à celui d'un vain luxe... »

De cet important colloque je ne puis donner ici qu'un aperçu très général.

Le professeur Dongier, dans son allocution d'ouverture, a insisté sur la place que tient l'argent dans la relation médecin-malade. L'évolution technique a tendance à faire du médecin un fournisseur pour qui le temps c'est de l'argent.

Le professeur Nuyens a étudié dans son rapport « L'argent et l'image du médecin dans le public ». Du fait de la faible démocrati-

---

(1) Psychologie Médicale, Tome V, n° 3 - 1973. Page 161-322.

sation des études, le corps médical se recrute surtout dans les classes supérieures et moins dans les classes moyennes. Ceci favorise la continuation d'une idéologie bourgeoise et d'une morale de classe. « Les médecins forment un groupe conservateur, soucieux de maintenir le statu quo. » C'est le titulaire de la profession qui détermine les besoins du client et la façon d'y subvenir. En ce qui concerne l'argent, le médecin est évidemment en droit de toucher une rémunération, puisqu'il exerce une activité professionnelle. Diverses méthodes de paiement peuvent être envisagées, le paiement par prestation, par capitation, (il s'agit alors d'un forfait), et le salariat à temps plein ou partiel.

Le paiement par prestation est le système le plus cher pour la société et assure les revenus les plus élevés aux médecins. Le paiement par capitation tend à intégrer un maximum de patients, ce qui peut avoir pour conséquence des soins superficiels ou inadéquats et parfois le recours exagéré à l'hôpital. Quant au salariat, la critique la plus pertinente vise la qualité des soins qui seraient comme dans le système précédent, superficiels, impersonnels et inadéquats. Mais, fait remarquer le rapporteur, pareille critique ne peut s'adresser aux centres universitaires, ni à de nombreuses cliniques où le travail salarial est la règle dominante.

Si l'on interroge le public, conclut le professeur Nuyens, on constate qu'il évalue le médecin sur des critères bien plus importants que ceux qui ont trait à la situation financière. La dimension financière n'intervient que dans la mesure où elle joue un rôle responsable dans l'accès aux soins de santé. Pourtant, dans une société à la recherche du bien-être, tout lien entre l'argent et la santé doit être remis en question.

De nombreux points ont été abordés et de nombreuses questions posées dans la discussion qui a suivi ce rapport. En voici un bref aperçu. Que pensent les médecins de leur situation financière ? Eprouvent-ils de la gêne lors du paiement direct ? Les jeunes médecins ont tendance à rechercher une relation sociale simple vis à vis du malade et beaucoup sont prêts à se satisfaire d'une situation professionnelle du type « cadre ». Pour eux, le paiement à l'acte reste le point critique et l'aspect le plus discuté de la pratique libérale. A l'argent que l'on demande et que l'on vous donne se reconnait la valeur que l'on s'attribue ou que l'on veut s'attribuer. Des médecins se plaignent de ne plus être considérés et l'acte médical devient une marchandise. Pourtant, le médecin ne vend rien et dans bien des cas, le service rendu est tel, qu'il n'a pas de prix.

Comme on le voit, ce problème de l'argent a de multiples aspects. Qu'il agisse de médecine générale, de médecine spécialisée ou de médecine hospitalière, les uns restent fidèles à la pratique

libérale, d'autres au contraire préconisent le salariat, le temps plein ou la capitation.

Etudiant dans son rapport la psychologie du médecin et la gestion du budget de la Santé, le Dr. Sournia insiste sur l'ambiguité de la situation du médecin à qui la morale professionnelle impose la générosité, le désintéressement, la pitié, mais auquel sa vie matérielle et les besoins de sa famille rappellent aussi la nécessité d'un gagne-pain. Puisque la société intervient en tiers, l'acte médical est désormais un acte social. Le médecin se sent culpabilisé parce que les rapports de l'argent et de la Médecine sont débattus sur la place publique. Le dilemme entre gestion et pratique médicale oblige le médecin à s'adapter à des situations nouvelles.

Mais le problème apparait sous un jour différent lorsqu'il s'agit de psychanalyse et c'est cet aspect qui a été en quelque sorte au centre du colloque de Liège. Il a fait l'objet de plusieurs rapports et de longues discussions. N'étant pas psychanalyste et n'ayant en conséquence jamais été psychanalysé, je résumerai, sans les discuter ou les juger, les opinions qui ont été émises.

Dans son rapport intitulé « L'argent et la psychanalyse, le Dr. Genevart rappelle ce que Freud écrivait déjà en 1908. « Partout où domine ou subsiste la manière de voir archaïque, dans les vieilles civilisations, dans le mythe, le conte, le superstition, dans la pensée inconsciente, dans le rêve et la névrose, une relation des plus étroites se trouve établie entre l'argent et les excréments... La psychanalyse ne peut éviter d'aborder le problème de l'argent dès les premières heures d'investigation... La question des honoraires s'inscrit dans les problèmes de technique analytique. En parlant volontairement de ses honoraires, en évaluant le prix du temps qu'il consacre à son malade, le praticien montre à ce dernier qu'il renonce à toute fausse honte. Menninger note « que l'anallyse n'évoluera pas bien si le patient paie moins qu'il ne peut raisonnablement le faire. La notion de sacrifice financier est nécessaire. Les honoraires seront plus élevés selon la présentation vestimentaire du sujet, selon son milieu social, un peu moins élevés si la profession du sujet ou sa situation familiale donnent le sentiment d'être relativement modeste ». Lorand, parmi d'autres auteurs, conseille de discuter le montant des honoraires avec le patient et de connaitre avec précision sa situation financière. Le psychanalyste informe le patient que les honoraires doivent être payés de la main à la main. Certains analystes vont jusqu'à exiger que les heures manquées soient également payées. Tel était d'ailleurs l'avis de Freud. « En payant ces heures, le patient se sent déculpabiliser des agressions qu'il fait subir au thérapeute. Il n'éprouve pas, par la suite, le sentiment d'une dette humiliante. »

Dans la longue discussion qui a suivi, les avis n'ont heureusement pas été unanimes. Le professeur Dongier se demande si dans certains cas l'argent ne gêne pas profondément l'analyse et si un traitement gratuit n'aurait pas été plus efficace. Le professeur Pierloot ne croît pas que le paiement des honoraires doive nécessairement être fait par le patient lui-même. Tel est également l'avis du Professeur Duykaerts. « Le paiement traditionnel constitue-t-il le seul moyen de maintenir la relation médecin-malade, déclare-t-il, je ne suis pas sûr que nous devions défendre à tout prix ce point de vue. »

Sans vouloir me mêler du problème des honoraires des psychanalystes, ce dernier point de vue me paraît infiniment raisonnable. Il rejoint celui du professeur Jean Bernard que j'ai cité plus haut.

LA SITUATION ACTUELLE

Le moment est venu d'étudier de la manière la plus équitable possible le problème tel qu'il se pose, au médecin et au malade.

En ce qui concerne la situation du médecin, il y a lieu de tenir compte de nombreux facteurs et notamment de la longueur de ses études et des frais considérables qu'elles entraînent. Si tout va bien, s'il n'y a pas d'échec, le diplôme de Docteur en Médecine s'obtient après 7 ans, soit à l'âge moyen de 25 ans. A ce moment, et après le service militaire, le jeune médecin peut s'installer comme généraliste. Mais s'il veut se spécialiser, il lui faudra consacrer encore au minimum 4 à 5 ans à sa formation. Dans ce cas, ce n'est qu'à l'âge de 30 à 32 ans qu'il pourra commencer sa vie professionnelle indépendante. Il sera le plus souvent marié et aura déjà charge d'enfants. L'installation coute cher, surtout dans certaines spécialités et s'il ne trouve pas à s'intégrer rapidement dans une clinique ou un hôpital, les premières années seront bien difficiles. En mettant les choses au mieux, ce n'est que vers 35 ans que le médecin peut espérer gagner convenablement sa vie. Ceci suppose, s'il jouit d'une bonne santé, si aucun accident ou maladie ne survient, qu'il a devant lui 30 à 35 ans de vie utile.

Pendant toutes ces années, il doit faire vivre les siens, faire face à d'innombrables obligations professionnelles, à des frais de toute espèce, à une charge fiscale souvent écrassante. Il lui faut aussi assurer ses vieux jours et économiser suffisamment pour lui

... Après 25 ans d'utilisation pour les rhumatismes évolutifs ...

AUROL - SULFIDE

Sulfure d'or colloïdal à 2 % ($Au_2 S_2$)

Flacon 15 ml.
remboursé
I.N.A.M.I.

trouve toujours sa place
parmi les médications rhumatismales actuelles

2 atouts majeurs :

- **non toxicité** pratique due à sa nature colloïdale
- **efficacité** due a sa concentration unique **(17,2 mg. d'or par cc.)** et à sa composition **(86 % d'or et 14 % de soufre)**

3 conseils :

- commencez le traitement le plus tôt possible
- persévérez (dose d'une cure entre 100 et 120 cc)
- injection intraveineuse lente ou intramusculaire profonde

Ets LECLERCQ-QUOIDBACH, Begonialaan 23, 1900 OVERIJSE
Tél. 02 / 657.22.43

AZUCORT

2 présentations :
Pommade - Crème + Néomycine

Tubes de 15 g

TOUTES LES MANIFESTATIONS CUTANEES INFLAMMATOIRES ET ALLERGIQUES

Indications

Eczémas aigus ou chroniques - Dermites séborrhéiques - Névrodermites - Croûte de lait - Eczématides - Intertrigo - Erythèmes fessiers du nourrisson - Erythème solaire - Prurritis, notamment anal et vulvaire - Piqûres d'insectes.

Formules

Pommade : Dexaméthasone acétate 0,55 mg - Gaïazulène 1 mg - Emulsion grasse E/H pour 1 g.

Crème : Dexaméthasone acétate 0,55 mg - Gaïazulène 1 mg - Néomycin. sulf. = 3,5 mg base USP - Emulsion hydrophile H/E pour 1 g.

LABORATOIRES S.M.B.

permettre de vivre décemment quand il aura abandonné la pratique médicale.

Si l'on devait chiffrer tout ce que cela représente, on serait peut-être moins tenté de porter un jugement trop hâtif sur la profession médicale et le chiffre de 120.000 frs par mois, suggéré par le correspondant du « courrier des lecteurs » d'un de nos grands quotidiens, ne paraîtrait pas exagéré.

Loin de moi cependant la pensée que tout est parfait dans la situation actuelle et qu'il n'y a pas d'abus de la part de certains des nôtres. Certes, à côté de tous ceux qui ont avant tout le désir de servir et d'être utiles aux autres, qui limitent leurs honoraires à de justes proportions, qui savent tenir compte de la situation financière des malades qui se confient à eux, il en est qui sont animés par l'esprit de lucre et dont le premier but est de gagner le plus largement possible. Le juste milieu n'est pas facile à définir, mais je crois cependant pouvoir énoncer quelques précisions et quelques directives.

Lorsqu'un malade s'adresse à nous en toute confiance, nous n'avons pas le droit de trahir celle-ci. Ceci veut dire que nous pratiquerons nous-même ou ferons pratiquer tous les examens nécessaires, mais rien que ceux-ci et que nous le reverrons aussi souvent que nous l'estimerons utile pour lui-même et pas pour nous. Cela veut dire que nous le traiterons comme nous souhaiterions être traités nous-même ou voir traiter l'un des nôtres. Si nous suivons cette règle, il n'y a guère de risque d'abus et nous éviterons au malade, ou même à sa Mutuelle, bien des frais inutiles.

La liberté thérapeutique est inscrite à juste titre dans la charte médicale et nous n'hésiterons pas à prescrire tous les médicaments que nous jugerons nécessaires. Mais dans ce domaine aussi, il y a des abus. Combien de médicaments prescrits ne restent-ils pas inutilisés dans la pharmacie familiale ?

Ceci n'est qu'un aspect du problème de l'argent : éviter aux malades ou à la collectivité des dépenses inutiles. Cela ne concerne pas le délicat problème des honoraires.

Nombreux sont ceux qui croient que la plupart des médecins sont riches, qu'ils gagnent très largement leur vie, qu'ils sont insatiables et exigent des honoraires de plus en plus élevés. C'est vrai peut-être pour certains d'entre eux, mais je ne crois pas que ce le soit pour le plus grand nombre. Voici quelques exemples.

LE MEDECIN SPECIALISTE

— Une matinée de consultations dans une policlinique, trois fois par semaine ou parfois davantage. L'attente est souvent longue, car 20 à 30 malades attendent leur tour. Les honoraires sont ceux fixés par la convention médico-mutualiste, ce qui veut dire que la Mutuelle intervient pour une large part, si pas pour la totalité dans le cas des V.I.P.O. Le chiffre multiplié par 20 ou par 30 représente déjà une somme assez importante et cela se reproduit 3 à 4 fois par semaine. Mais songe-t-on aux frais que doit supporter le chef de service ? Location des locaux, traitement de la secrétaire, de l'infirmière, parfois d'un ou plusieurs assistants si le service est important, amortissement des appareils et des instruments, du moins dans certains cas. Tout cela réduit singulièrement les honoraires, dont une part sera encore prise par le fisc.

— Une après-midi de consultation sur rendez-vous vous au domicile d'un médecin spécialiste, 3 fois par semaine ou davantage. 8 à 10 malades ont pris rendez-vous, ce qui veut dire que le médecin consacrera environ une demi heure à chacun d'entre eux. Cette fois les honoraires sont libres et dans certains cas, ils sont manifestement exagérés. J'espère cependant que c'est l'exception et qu'il est rare qu'ils atteignent ou dépassent le double ou parfois le triple du chiffre fixé par la commission médico-mutuelliste. Mais les patients n'attendent pas longtemps si les rendez-vous sont bien fixés. Le médecin a plus de temps à consacrer à chaque malade parce qu'il sait qu'il ne fait guère attendre ceux qui suivront. Il n'y a le plus souvent pas d'assistant présent et il s'agit vraiment d'un colloque singulier. Ceci ne veut pas dire qu'en policlinique l'examen soit moins bien fait, mais au cabinet du médecin, le climat est plus détendu et l'atmosphère est meilleure au point de vue psychologique.

Ici à nouveau le total peut paraître imposant, mais il se réduit singulièrement si l'on tient compte du temps et de l'argent qu'a exigés la formation d'un spécialiste, des frais d'installation, du traitement d'une secrétaire et de combien d'autres dépenses que je ne peux détailler.

Ceci concerne les consultations. Comment envisager le cas des malades hospitalisés dans les services de médecine ou de chirurgie ?

Personnellement j'estime que dans tous les services importants, chirurgie générale, médecine interne et ses différentes branches, orthopédie, pédiatrie, neurochirurgie, radiologie, physiothérapie, biologie et d'autres encore sans doute, il est souhaitable que le chef de service soit à temps plein et qu'il ne soit attaché qu'à un seul hôpital ou une seule clinique. Il me parait hautement critiquable que

pour gagner davantage, un même spécialiste assume la direction d'un service dans deux ou parfois même trois cliniques. S'il en est ainsi, il risque d'être rapidement débordé par ses charges et la continuité des soins sera mal assurée. Il n'est pas admissible qu'un chirurgien ne voit pas régulièrement les malades qu'il a opérés et il en est de même pour tout autre spécialiste, notamment pour un psychiatre ou un neuropsychiatre qui a la responsabilité d'un malade anxieux ou déprimé. Ce n'est pas en le voyant une ou deux fois par semaine que l'on gagnera sa confiance et que l'on hâtera sa guérison. D'autre part, en assumant la responsabilité de plusieurs services, le spécialiste empêche un jeune confrère de trouver une situation à laquelle ses études et sa formation lui donnent droit et ceci est grave au point de vue déontologique.

Le règlement des honoraires des malades hospitalisés en salle ne pose guère de problème, puisqu'ils sont fixés par la convention médico-mutualiste. Si l'établissement d'une nomenclature a été rendu indispensable, elle a malheureusement assimilé davantage la médecine à un commerce en énumérant une innombrable variété de prestations possibles et en évaluant leur valeur et leur taux de remboursement. Mais elle a certainement joué un rôle favorable en fixant et en limitant les honoraires.

Il n'en est pas de même pour les malades en chambre privée. Il est normal que les honoraires soient plus élevés, mais faut-il qu'ils soient multipliés par 3, par 4 ou même davantage, notamment pour certaines interventions chirurgicales. Il est certainement des cas où les honoraires demandés sont exagérés. En cas d'abus, il serait souhaitable que le Conseil de l'Ordre intervienne plus fréquemment et de manière plus sévère.

Ce que je viens de dire concerne une méthode de règlement des honoraires qui est encore de règle à l'heure actuelle. Elle n'est cependant pas appliquée partout et il est possible que dans un proche avenir, les titulaires des principaux services dans les hôpitaux universitaires, dans les hôpitaux de l'Assistance Publique, de même que dans les grandes cliniques privées, aient un traitement fixe. Ce serait en réalité le salariat, tel que l'a envisagé le professeur Nuyens dans son rapport au colloque de Liège. Jadis, avec le plus grand nombre de mes confrères, je me serais opposé à pareille méthode, estimant qu'elle portait atteinte à la liberté et à la dignité du corps médical. Mais telle n'est certainement pas l'opinion de très nombreux jeunes médecins qui souhaitent trouver une situation stable et ne pas devoir se préoccuper d'honoraires.

Mais même dans l'éventualité où le médecin spécialiste est à temps plein avec un traitement fixe, j'estime qu'il doit conserver la possibilité de recevoir des malades privés à son domicile, deux

ou au maximum trois après-midi par semaine. Ceci préserve sa liberté dans une certaine mesure.

Les honoraires perçus pour les consultations en policlinique et pour les soins à tous les malades hospitalisés seraient versés dans une caisse commune, à la gestion de laquelle l'équipe médicale doit participer et avoir un droit de contrôle, puisqu'il s'agit d'honoraires médicaux. Le traitement de chaque membre de l'équipe serait fixé par le comité de gestion qui tiendrait compte dans une certaine mesure de l'activité de chacun, de ses prestations, de son ancienneté. Je ne me dissimule pas les difficultés que pareil système peut engendrer, mais il existe déjà dans certaines cliniques et il mérite une étude sérieuse et approfondie.

Les considérations que je viens de faire concernent surtout les spécialistes, car c'est dans leur cas que les honoraires sont les plus variables, suivant l'importance des examens ou des interventions pratiqués. Il suffit de parcourir la « Nomenclature » pour se rendre compte du nombre énorme de prestations possibles.

LE MEDECIN GENERALISTE

La situation est quelque peu différente et certainement moins complexe en Médecine Générale. Cette constatation ne diminue en rien le rôle de premier plan du généraliste, qui reste à la base de toute la pratique médicale. Pour autant que je le sache, qu'il s'agisse des médecins traitants en ville ou en zône rurale, le taux de leurs honoraires n'est certainement pas exagéré et il mériterait même dans bien des cas d'être réadapté, si l'on tient compte des responsabilités qui sont leurs et de la vie souvent éreintante qu'ils doivent mener. Sans doute, certains spécialistes, et notamment certains chirurgiens, sont eux aussi souvent surmenés, surtout lorsqu'ils sont chefs de service dans deux ou même trois cliniques. Mais il ne tiendrait qu'à eux de l'être moins, en faisant appel à de jeunes confrères qui à l'heure actuelle, trouvent souvent porte close.

Le généraliste, lui, s'il n'est pas intégré dans un groupe médical (1), doit faire face tout seul à une clientèle qui devient de plus en plus nombreuse à mesure que croît sa réputation et que diminue le nombre de jeunes médecins qui acceptent une tâche aussi lourde. Ce sont d'abord les consultations à son domicile où se pressent de nombreux patients, le matin et le soir à la campagne, les après-midi en ville. Puis ce sont les visites dans un rayon souvent étendu, dont

---

(1) J'ai évoqué la Médecine de groupe dans un autre article paru dans cette revue, « Médecine d'hier et d'aujourd'hui », St.-Luc Médical, n° 2 - 1972, pages 22 à 28.

le nombre croît de manière excessive à la moindre épidémie. A ce travail éreintant et souvent fastidieux des journées s'ajoutent les visites de nuit, les appels d'urgence, ou une consultation dans les cas difficiles avec l'un ou l'autre spécialiste, ce qui peut bouleverser tout l'horaire d'une journée.

Je ne crois pas que dans le cas de la plupart des généralistes l'argent pose un grave problème. Ils soignent de nombreux malades en se limitant aux honoraires de la convention médico-mutualiste et je suis convaincu que pour les autres, ils tiennent largement compte de leurs possibilités financières, car grâce à Dieu, il existe encore des médecins de famille.

C'est à leur sujet que l'on pourrait reprendre ce qui a fait en partie l'objet du rapport du professeur Nuyens au Colloque de Liège. Que faut-il préférer, le paiement à l'acte ou le paiement par capitation ? Personnellement, j'estime que si l'on admet le forfait, c'est-à-dire une rémunération fixe par famille et par année, le médecin n'est plus qu'un employé, obligé de se plier à toutes les fantaisies de ceux qui lui ont fait la faveur de s'inscrire chez lui. Que deviennent en pareil cas l'autorité du médecin et la dignité de la profession médicale ?

Au colloque de Liège, il a été fait mention de la gêne que pourrait éprouver un médecin en touchant ses honoraires. Je ne vois vraiment pas pourquoi il en serait ainsi si le taux des honoraires demandés reste dans des limites raisonnables. Je comprends parfaitement que ce taux puisse être variable et qu'il tienne compte dans une certaine mesure du temps que l'on a consacré à l'examen du malade, de l'importance du service rendu et de la situation financière du patient. Dans de nombreux cas, la consultation terminée, c'est le patient lui-même qui demandera au médecin quel est le montant des honoraires. Pourquoi éprouverait-t-on de la honte à le lui dire ? D'autre part, s'il s'agit d'un cas que l'on doit revoir régulièrement, soit dans son cabinet, soit à domicile, il me paraît plus normal d'envoyer tous les trois ou six mois un état des honoraires. En pareil cas le règlement se fera par chèque postal ou par chèque bancaire, bien que pour des raisons sur lesquelles je ne veux pas insister ici, ce mode de règlement ne plaise pas à certains confrères. Comme les psychanalystes du colloque de Liège, il en est qui préfèrent le paiement direct de la main à la main.

CONCLUSIONS

Le moment est venu de conclure, mais j'insiste sur le fait que les conclusions que je donne sont personnelles et qu'elles n'engagent que moi seul.

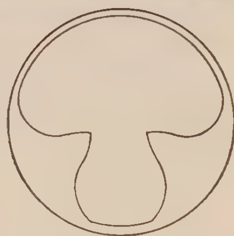
Nous souhaitons tous, je le pense, que dans l'avenir la situation du médecin généraliste soit valorisée et qu'il garde son titre de médecin de famille. Les longues études qu'il a dû faire, de même que la nécessité d'un recyclage permanent, justifient une meilleure adaptation de ses honoraires. Il ne peut être question pour lui de salariat ou de paiement par capitation. Le paiement par prestation est au contraire le garant de sa liberté et de son prestige. Son devoir est de ne pas en abuser. L'honneur de la médecine et sa difficulté, écrit le professeur Bernard, sont dans l'alliance du devoir de science et du devoir d'humanité. J'ajouterais volontiers qu'il est aussi dans l'amour du prochain qui exige que nous traitions les autres comme nous souhaiterions être traités nous mêmes.

Je ne vois pas aussi clairement l'avenir du médecin spécialiste. L'extraordinaire évolution de la médecine exige de sa part un recyclage régulier et il est indispensable qu'il garde un contact étroit avec les autres disciplines et surtout avec la médecine interne ; mais pourra-t-il préserver plus tard la liberté presque totale dont il jouit aujourd'hui ? Dans l'affirmative, qu'il n'en abuse pas, qu'au devoir de science il associe, lui aussi, le devoir d'humanité et de charité, qu'il n'exagère pas ses honoraires, qu'il sache au besoin limiter ses activités pour permettre à de jeunes confrères de trouver une situation décente.

Si même, dans un avenir plus ou moins rapproché, sa liberté devait être limitée, je souhaite qu'elle ne le soit jamais totalement, mais qu'exerçant à temps plein à l'hôpital ou à la clinique, il puisse cependant garder des heures de pratique indépendante.

Au moment où nos facultés de médecine sont envahies par un nombre toujours croissant d'étudiants, puissent ceux-ci comprendre que l'on ne s'engage pas dans la carrière médicale pour faire fortune, mais bien pour servir, pour aider, réconforter et guérir. La médecine n'est pas un métier, mais une vocation. « L'empreinte médicale est indélébile, écrivait il y a quelques trente ans déjà, Georges Duhamel dans « Paroles de Médecin ». Elle est marquée aussi profondément que l'empreinte écclésiastique. Je ne connais pas de défroqués de la médecine. Le clerc qui a quité la maison y retourne toujours avec aisance et avec plaisir. Il sait qu'il ne peut pas, quoiqu'il en pense et quoiqu'il fasse, ne pas agir et penser en médecin. Chaque parole qu'il prononce est, qu'il le veuille ou non, une parole de médecin. Il gardé au fond de lui-même le goût de soigner et le besoin de guérir. Dans son cœur, il ne renonce jamais à ses privilèges, parce que ces privilèges sont des obligations, ni à ses pouvoirs, parce que ces pouvoirs sont d'abord des devoirs. »

Professeur Van Gehuchten.



LES JEUNES MEDECINS

Le discours prononcé lors de la promotion le 9 juillet 1975, par le délégué des étudiants promus, a été publié dans LOUVAIN MEDICAL (volume 94 N° 7).

Peu d'optimisme, beaucoup de critiques, des réflexions qui se veulent constructives.

L'organisation des stages est au premier plan des préoccupations ; écoutez les doléances « l'impression qui domine au sortir de nos stages est tout autre que celle de premiers pas guidés par nos aînés vers l'art de guérir. Il est des endroits ou nous nous retrouvons stagiaires en surnombre. Gêneurs perpétuels, encombrants et incapables, dépourvus d'attributions précises, parasites du service, nous nous voyons confier pour justifier notre présence, des tâches administratives ou infirmières qui nous distraient de notre formation médicale ».

Cette critique virulente ; est elle justifiée ? Nous laissons à

Rappelons que la Société Médicale de Saint Luc à Bruxelles s'est préoccupée du stage des jeunes et que nous avons été les premiers avec l'accord de la Faculté, à organiser ceux-ci. Des lettres enthousiastes nous ont dit combien ces stages ont été fructueux.

Voici en résumé la critique des examens : « Questions-coups de sonde, réponses-débobinage, cotation secrète, ambiance survoltée et artificielle, il n'y a pas besoin d'aller jusqu'à Sirius, allons jusqu'au couloir, pour voir à quel point le western de nos examens est dérisoire. »

Puisque la Faculté n'a pas hésité à laisser publier ce discours-pamphlet, nous sommes à l'aise pour en parler.

Nouvelle critique : « Quand à notre métier, chacun reconnaîtra qu'il y est mal préparé. Sur deux plans : la pratique médicale et son insertion sociale. »

« Touchant l'insertion de la pratique médicale dans notre société, que nous a-t-on dit ? Un effort a été fait, il faut le reconnaître, avec la création d'un cours de médecine sociale. Mais quand on sait l'importance des dépenses de santé au niveau national, on peut s'étonner que seules une poignée d'heures de cours soient consacrées à l'étude du fonctionnement de la Sécurité Sociale et des Mutuelles et qu'aucune étude ne soit faite du type de médecine que connaît notre pays, de ses implications sociales et politiques, et d'autres formules de rechange possibles.

Parlez avec des mutuellistes. Ils vous diront leur regret de l'ignorance ou du manque d'intérêt de la grande masse de médecins pour tout ce qui regarde l'organisation sociale des soins de santé. Cette carence nous nuit. Non seulement en ne nous préparant pas aux problèmes que rencontre quotidiennement le praticien en cette matière, mais aussi en nous livrant, ignorants et éperdus, à la propagande insistante de groupes de pression médicaux bien connus — et le pluriel est un euphémisme — qui nous inondent de leur prose dès le troisième doctorat et risquent d'autant plus de nous subjuguer qu'ils sont toujours à se draper de vertu entre pamphlet et dithyrambe. »

L'orateur après avoir dit que la médecine d'aujourd'hui est questionnée de partout et que pour la plupart, l'ambiguïté de leur fonction et de leur place de médecins dans la société demeure inconnue et secrète, écrit « Le milieu social élevé d'ou sortaient en général les générations de médecins qui nous ont précédés, la mentalité des milieux dont beaucoup parmi nous sont issus, l'ambiance générale de l'enseignement et de la pratique universitaires de la médecine, l'exemple de médecins que nous connaissons, tout cela contribue en effet à nous masquer l'ambiguité — ou si l'on préfère, les contradictions — d'une profession ou l'esprit de service proclamé très haut s'accommode étonnamment d'un esprit de lucre rarement avoué mais souvent agissant, ou la volonté de faire progresser nos contemporains vers une vie plus heureuse et plus saine voisine avec un immobilisme ou une indifférence à toute épreuve sur le plan des options politiques, ou le désir de guider le patient vers plus d'autonomie et plus d'indépendance, perd pied devant la tendance à monopoliser toujours plus la compétence, l'initiative et la connaissance médicales, et ou l'énormité des dépenses au plan national n'a dégale pour inquiéter que l'absence d'évaluation scientifiquement valable des priorités et des besoins réels de la population. »

Il est juste de s'élever contre ceux qui font de la médecine un commerce donnant à celle-ci un visage odieux. Notre jeune Confrère ignore que la politique pourrit tout ce qu'elle touche. Les politiciens assument la gestion de l'Assurance Maladie malgré leur incompétence ; ils ont compris l'étendue des avantages financiers et électoraux qu'ils peuvent tirer de ce budget considérable. Les économies sont inutiles, les mutuelles politiques poussent à la consommation et multiplient les dépenses, l'Etat, c'est-à-dire le contribuable, paie la note. Qui songe aux malades dans tout cela ? Etant donné les implications politiques, aucun contrôle sérieux et efficace des abus ne peut être organisé.

Voilà quelques remarques que l'étudiant devenu médecin a livré à la méditation de ses professeurs.

HOMELIE

Frères et Sœurs, Amis très chers,

C'est l'affection ,la sympathie, l'estime, la reconnaissance qui nous rassemblent ce lundi, autour de la dépouille du Docteur Joseph Massion pour un dernier adieu.

Si souvent, au cours de sa vie, appelé à la rescousse par des malades, des confrères, il avait eu à fixer des rendez-vous ! C'est à nous, épouse et enfants, frères et sœurs, collègues et amis, anciens malades, qui lui sommes attachés à un titre particulier, que devait être réservé ce rendez-vous des funérailles.

Nous avons tous été les témoins, sinon les bénéficiaires, de son activité professionnelle d'une éminente qualité.

Science médicale étendue, servie par un bon sens et une intuition remarquables ; diagnostic solide basé sur une investigation exigeante ; jugement étoffé par une immense expérience ; traitement décidé dans la sagesse : de tout celà émanait une sécurité qui apaisait le malade.

Il avait la compétence modeste : sa compétence n'écrasait pas celui qui avait recours à lui.

Au travail de clinicien, il avait ajouté le labeur des sociétés médicales, des organisations professionnelles, des conférences, des congrès, la collaboration à des revues ; de tout ceci devait sortir un réseau de relations dépassant largement les frontières.

Cependant, ce que l'on appréciait peut-être davantage encore chez lui, c'était le sens de l'homme. Il ne soignait pas des maladies seulement : il soignait des malades. Volontiers j'évoquerais ici, en le transposant légèrement, le mot d'un grand poète français récemment décédé : le Docteur Massion travaillait dans l'estime. Il traitait chacun de ses malades avec estime.

Ce n'est pas chose mince à une époque où la fiche d'ordinateur étend sa prétention jusqu'à vouloir se substituer à la personne. Il est tentant de ramener les problèmes de l'homme à l'inventaire de

---

Lors des funérailles de notre éminent Confrère, le Docteur Joseph Massion, membre de Saint Luc, son frère a prononcé une allocution émouvante. Il nous a autorisé à la publier. Nous l'en remercions.

NOCERTONE LABAZ

pour le traitement de fond des céphalées migraineuses

INDICATIONS

Traitement de fond des céphalées vasomotrices notamment :

- migraines
- syndrome de Horton (céphalée histaminique).

POSOLOGIE

La dose d'attaque est de 3 comprimés par jour. Dès qu'une amélioration suffisante est obtenue, celle-ci pourra être éventuellement réduite à une dose d'entretien de 2 comprimés par jour. Dans les cas rebelles, la posologie pourra être augmentée à 4 comprimés par jour selon l'indication du médecin traitant (1 comprimé matin et midi et 2 comprimés le soir).

PRESENTATION : étui de 30 comprimés.

EFFETS SECONDAIRES

Une certaine somnolence, le plus souvent légère, a été occasionnellement observée surtout aux doses élevées. Elle peut être évitée par adaptation de la posologie. Il convient donc de tenir compte de cette possibilité surtout en début de traitement chez les conducteurs de véhicule ou de machine. Il convient également de tenir compte du fait que le Nocertone potentialise les effets de l'alcool.

CONSERVATION : à l'abri de l'humidité.

VALIDITE

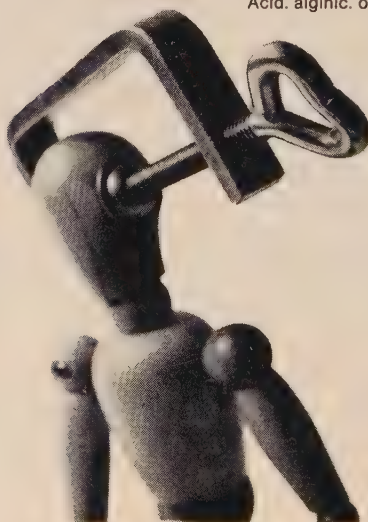
Dans les conditions de conservation ci-dessus mentionnées, le Nocertone garde toutes ses propriétés thérapeutiques pendant 5 ans.

COMPOSITION

Le principe actif du Nocertone® est le fumarate acide de (diméthyl-amino-3 propylidène)-5 benzofuro[2,3-c] benzoxépine-1 (L 6257) ou fumarate acide d'oxétorone, dérivé original synthétisé dans nos Laboratoires de Recherche.

FORMULE

Oxetoron. fumaras acid. 60 mg - Sacchar. lact. - Amyl. maïd. - Gelatin. - Acid. alginic. - Magnes. stearas - Flav. quinolin. pro colore. pro tablet. compres. una, Dicalcii phosphat. - Magnes. stearat. - Amyl. maïd et Acid. alginic. obducta.



ses caractéristiques. Dans l'encombrement des consultations, la fiche d'examen clinique risque de manquer facilement la personne du malade. Et cependant, plus profond que le mal qu'il demande au praticien d'identifier, le malade apporte avec lui le drame de l'homme. Et il cherche chez le praticien un homme de cœur.

Compétence, oui. Mais la compétence sans le cœur laisserait le malade meurtri.

Travailler dans l'estime, c'est prendre au sérieux, c'est prendre à cœur ce domaine non objectivable, inexprimable avec des mots que constitue la profondeur de la personne.

A cela s'est appliqué, et avec quelle douceur, celui qui nous réunit aujourd'hui. Il savait que le malade devient rapidement un marginal ; que la maladie remet en question travail, horaires, relations humaines, place dans la société des hommes ; que de l'autonomie des mouvements, elle fait passer celui qu'elle atteint à une humiliante dépendance.

Il savait qu'une des fonctions du médecin est de raviver chez le malade la flamme de l'espérance, qui est la condition de la survie. Et si des malades sortaient de son cabinet en souriant, avant même d'avoir appliqué le traitement prescrit, c'est parce qu'ils avaient trouvé chez lui, et le conseil, et le sourire, où s'exprimait son estime de l'homme.

Et voici qu'après avoir aidé tant de souffrants à vivre, il allait lui-même, durant les derniers mois de son existence, connaître l'épuisement physique le plus affligeant et la dépendance la plus totale pour le moindre de ses gestes.

Dans cette situation de tragique infortune, celui qui avait tant aimé ses malades, allait, sans l'avoir cherché, provoquer les autres à un admirable déploiement d'amour.

Epouse infatigeable dans sa fidélité à le veiller jour et nuit, enfants et proches suivant pas à pas l'évolution de son état, collègues se rélayant à l'envi auprès de lui, personnel infirmier dévoué dans la patience : tout cela suscitait chez lui, aux heures où il sortait du sommeil un « merci » lucide que je me plais à redire ici.

Réduit quasiment à rien, il faisait, à la manière d'un autre Christ en croix, la tragique expérience de cette diminution contre laquelle il avait si souvent lutté chez les autres.

Oui, il avait vu l'homme dans le malade. Il savait que la profondeur de l'homme est faite de l'intensité de son amour. Sa dernière

mission devait être d'ouvrir les autres à plus d'amour en se prodiguant à la pitoyable humanité que la maladie avait faite de lui.

« L'amour est plus fort que la mort » dit l'Ecriture. Ce qui reste d'un homme, après la mort, c'est son poids d'amour. Et c'est ce poids d'amour qui jauge notre existence, l'Evangile vient de nous le rappeler dans les paroles qu'adressait Jésus à ses auditeurs, qu'il nous adresse encore aujourd'hui : « J'ai eu faim, vous m'avez donné à manger... J'étais malade, et vous vous êtes occupé de moi. Chaque fois que vous le faisiez à l'un de mes frères les hommes, c'est à moi que vous le faisiez. Recevez en héritage le Royaume qui vous a été préparé dès la fondation du monde ».

Ainsi s'achève, sans se terminer ; la vie de notre frère et ami défunt. Prodiguant sa science et son cœur aux souffrants, il les prodiguait, en eux, à ce Christ en qui, toute sa vie, il a reconnu un Maître, ce Christ si rempli d'amour universel qu'il ressentait, en sa chair, les souffrances de ses frères, les hommes, et les gestes de ceux qui s'efforçaient de les soulager.

Son royaume, on s'y intègre en aimant d'un amour de service, en déployant les talents qu'on a reçus, en partageant son cœur.

Nous le croyons : notre regretté défunt est entré dans ce Royaume.

Béni soit le Dieu d'amour qui appelle l'homme à créer dans l'amour et qui garde ainsi l'homme dans l'espérance.

Abbé Jean MASSION,
Kigali (Rwanda).

TROISIEME CONGRES EUROPEEN DES MEDECINS CATHOLIQUES

Londres 24-26 mai 1976

Le thème de ce Congrès auquel nous vous invitons chaleureusement sera : Le Médecin et la Législation. Droit à la Santé et Droits du Médecin.

Le but de ce Congrès n'est pas de procéder à une étude comparée des législations dans les divers domaines qui intéressent l'exercice de la médecine, cette étude relevant de la compétence des juristes.

Nous constatons que partout des législations nouvelles créent pour le Médecin des obligations plus nombreuses, souvent justifiées par des raisons sociales mais dont on peut craindre qu'elles n'imposent parfois au médecin des contraintes incompatibles avec sa conscience professionnelle.

C'est sur ce problème que la F.E.A.M.C. vous engage à réfléchir; trop de Confrères se désintéressent de ces problèmes importants. Il serait souhaitable, dans la mesure du possible, de collaborer à l'institution des législations.

Nous relevons parmi les sujets traités : ... l'équilibre humain entre les lois et leur application, le médecin face aux demandes du malade concernant le droit à la santé, au bonheur, face au problème de la mort, etc.

Inscrivez vous sans tarder auprès du Dr de GHELDERE, Zeedijk 816 à 8300 Knokke.

BIBLIOGRAPHIE

K.E. MALTEN, J.P. NATTER et W.G. van KETEL
Patch Testing Guidelines.

Notre ami le Dr Malten, professeur de dermatologie à l'Université de Nimègue, vient de publier, en collaboration avec ses collègues Nater de Groningue et van Ketel d'Amsterdam, une excellente revue de ce que l'on sait actuellement sur les tests épicutanés, dont on connait l'importance en médecine professionnelle ainsi que pour le diagnostic de l'eczéma. Des instructions imprimées, y compris la liste des allergènes les plus fréquents et celle des produits dans lesquels on les trouve, sont remises au malade par le médecin.

Edit. Dekker et Van de Veght, Nijmegen, 135 pp.
29,50 florins. Commander chez Van Gorcum, Postbus 43, N-Assen.